

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Chorzowie
W CELU WYDANIA ORZECZENIA O POTRZEBIE NAUCZANIA INDYWIDUALNEGO

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych. (Dz. U. 2026, poz. 428)

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

- 1) **Określenie rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym** zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD (wypełnia czytelnie lekarz specjalista)

.....
.....
.....
.....
.....

- 2) Wynikające z rozpoznanej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (wypełnia czytelnie lekarz specjalista)

.....
.....
.....
.....
.....

- 3) **Okres przyznania nauczania indywidualnego.**
(nie może być krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny)

.....

Ze względu na stan zdrowia (proszę podkreślić jedną z poniższych opcji)

- A. znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły
- B. uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły

W PRZYPADKU UCZNIĄ SZKOŁY PROWADZĄCEJ KSZTAŁCENIE ZAWODOWE
do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania wnioskodawca dołącza
zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy określające możliwość dalszego kształcenia
w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu

.....
Pieczątka jednostki wydającej zaświadczenie

.....
Data sporządzenia zaświadczenia

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY
dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Chorzowie
W CELU WYDANIA ORZECZENIA O POTRZEBIE NAUCZANIA INDYWIDUALNEGO

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

**1) W związku z rozpoznaną chorobą / problemem zdrowotnym lekarz medycyny pracy określa
możliwość dalszego kształcenia zawodowego, w tym warunki realizacji praktycznej nauki
zawodu**

(wybraną opcję wskazuje lekarz medycyny pracy)

Nie stwierdza się przeciwwskazań do dalszego kształcenia zawodowego

Stwierdza się przeciwwskazania do dalszego kształcenia zawodowego

Warunki realizacji praktycznej nauki zawodu

.....
.....
.....
.....

.....
podpis i pieczęć lekarza medycyny pracy